Aus der Kinderklinik der Universität des Saarlandes
Homburg/Saar
Direktor: Prof. Dr. med. J. B. MAYER

Umweltbedingtes Erbrechen bei jungen Säuglingen

INAUGURALDISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde der
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

INGEBORG WILHELMI

1968

Dekan: Prof. Dr. med. F. LOEW

Referent: Privatdozent Dr. med. P. SACHTLEBEN

Aus der Kinderklinik der Universität des Saarlandes
Homburg/Saar
Direktor: Prof. Dr. med. J. B. MAYER

Umweltbedingtes Erbrechen bei jungen Säuglingen

INAUGURALDISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde der
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

INGEBORG WILHELMI

Dekan: Prof. Dr. med. F. LOEW

Referent: Privatdozent Dr. med. P. SACHTLEBEN

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Die mündliche Promotionsprüfung wurde am
19. Dezember 1968 abgelegt.

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	EINLEITUNG	1 - 2
	Unser problem und der Modus seiner Bearbeitung	
II.	KASUISTIK	3 - 4o
	1. "Reine Fälle"	
	2. Wahrscheinliche Fälle	
	3. Kontrollgruppe: hypertrophische Pylorusstenosen	
	4. Hausbesuche	
III.	AUSWERTUNG DES MATERIALS	41 - 52
IV.	DISKUSSION	53 - 61
V.	ZUSAMMENFASSUNG	62 - 63
VI.	SCHRIFTTUM	64 - 65

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542722_0030

I. EINLEITUNG

Unser Problem und der Modus seiner Bearbeitung

Die Umwelt kann in vielfältiger Weise zur Ursache von Krankheiten werden: Infektion, Hunger, Trauma, Wärme und Kälte sowie auch die seelische Umwelt, das Milieu, können hier eine ursächliche Rolle übernehmen.

In dieser Arbeit soll eine besondere Art von Erkrankung wahrscheinlich sogar eine eigene nosologische Einheit beschrieben werden, bei der die Umwelt einen ganz eindeutigen pathogenen Effekt beim Patienten bewirkt. Nach unserem derzeitigen Wissen handelt es sich hierbei um primär aus dem Milieu herkommende Umwelteinflüsse, die aber schon innerhalb weniger Wochen zu Krankheitserscheinungen führen.

In zwei Kinderkliniken (München und Saarland) waren wiederholt junge Säuglinge aufgefallen, die organisch gesund schienen, jedoch genügend Krankheitssymptome boten, so daß sie stationär aufgenommen werden mußten. Diese Symptome waren in erster Linie häufiges Erbrechen. Danach folgten Trinkunlust, Unruhezustände, Verstopfung oder Durchfall. Allen diesen Säuglingen war eines gemeinsam: sie wurden sofort nach der stationären Aufnahme ohne alle Therapie symptomfrei, zeigten gutes Gedeihen und konnten nach einer gewissen Beobachtungszeit als gesund entlassen werden. Zu Hause jedoch stellten sich bei einem Großteil dieser Säuglinge die früheren Symptome wieder von neuem ein.

Es war die Aufgabe der vorliegenden Arbeit, aus dem Krankengut der Universitätskinderklinik Homburg/Saar solche Säuglinge herauszusuchen und vorzustellen. Die Fälle wurden folgendermaßen aufgeteilt: in eine Hauptgruppe I mit Patienten, die alle oben angegebenen Bedingungen vollständig erfüllten und in eine Nebengruppe II mit Patienten, die in ihrem Krankheitsverlauf oder in ihrer Krankheitssymptomatik geringgradige Abweichungen von den Patienten der Hauptgruppe aufwiesen. Zusätzlich stellten wir zu Vergleichszwecken in einer Gruppe III Säuglinge mit gesicherter hypertrophischer Pylorusstenose zusammen. Diese drei Gruppen haben wir sodann durch vergleichende Tabellen zueinander in Beziehung gesetzt, um dadurch Besonderheiten der einzelnen Gruppen zu erkennen. Bei allen Fällen der ersten Gruppe führten wir außerdem Hausbesuche durch, um die Umgebungseinflüsse auf den Patienten - soweit das bei einem kurzen Besuch möglich ist - beurteilen zu können. Auch hierüber werden wir im folgenden berichten.

II. KASUISTIK

1. 'Reine' Fälle

Aus dem Krankengut des Jahres 1963 unserer Klinik unter zusätzlicher Berücksichtigung des Gesamtkrankengutes der Jahre 1962/64 und 1965 konnten wir neun charakteristische Fälle isolieren, die wir zu einer Gruppe I zusammenfassten. Das Jahr 1963 ist dabei mit 6 Fällen am stärksten vertreten. Dies hat äußere Gründe, da in diesem Jahr auf das Krankheitsbild besonders geachtet worden war und in allen Verdachtsfällen jede Therapie zunächst unterlassen wurde. Bei den genannten 9 Fällen handelte es sich um Säuglinge, die wegen seit längerer Zeit beobachteten Erbrechens stationär aufgenommen wurden. Allen gemeinsam war, daß es altersentsprechend normal entwickelte Säuglinge waren, bei welchen in allen klinischen Untersuchungen keine das Erbrechen erklärenden pathologischen Befunde erhoben wurden und die sofort nach erfolgter Hospitalisierung zu erbrechen aufhörten, ohne daß eine medikamentöse Therapie durchgeführt worden war. In Anbetracht der Anzahl der Fälle konnten wir auf eine gewisse Schematisierung bei der Beschreibung nicht verzichten, ohne daß jedoch wesentliche Einzelheiten ausgelassen wurden.

Fall 1

Kind Daniela K., geb. am 7. 7. 1963:
Geburtsgewicht: 325o g, normale Kliniksgeburt, erstes und einziges Kind einer 21jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 23jährigen Vaters (kaufmännischer Angestellter).

Klinikaufnahme mit 8 Wochen wegen Erbrechens, das angeblich seit Geburt bestand und sich in den letzten 4 Wochen verschlimmert hätte. Auch wären zeitweise dünne Stühle beobachtet worden.

Ernährung: 4 Wochen gestillt, dann 2/3 Frischmilch (5 Mahlzeiten zu 17o g, zuletzt nur noch Buttermilch alle 3 Stunden 3o g.

Befund: 8 Wochen alter, 45oo g schwerer und 56 cm langer Säugling in gutem Allgemeinzustand. Außer leicht reduziertem Hautturgor kein pathologischer Befund.
Blutbild und Urinstatus o.B. BSG nicht beschleunigt, Toxoplasmose negativ, Stuhluntersuchung o.B. Liquoruntersuchung o.B. Rö-Thorax und Schädel o.B.

Verlauf: sofort nach Klinikaufnahme kein Erbrechen mehr und regelmäßige, normal geformte Stühle. Entlassung nach vierzehntägigem stationärem Aufenthalt, Gewichtszunahme 25o g.

Therapie: keine medikamentöse Therapie, Ernährung mit Lactana B Milch.

Fall 2

Kind Roman L., geb. am 31. 5. 1962:
Geburtsgewicht: 33oo g, normale Hausgeburt, 6. Kind einer 32-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 31-jährigen Vaters (Hilfsarbeiter).

Klinikaufnahme: mit 4 Wochen wegen seit über einer Woche anhaltenden Erbrechens und Verstopfung.

Ernährung: 1/2 Frischmilch mit 5 % Schleimzugabe. Die Fütterung erfolgte unregelmäßig etwa 3 - 4 Mahlzeiten zu 13o g täglich.

Befund: 4 Wochen alter Säugling, 345o g schwer (- 35o g nach Alter) und 51 cm lang, blasse Hautfarbe, reduzierter Hautturgor, Intertrigo, sonst kein pathologischer Befund.
Blutbild und Urinstatus o.B., BSG nicht beschleunigt, Liquoruntersuchung o.B., Elektroencephalogramm o.B. Rö-Thorax und Schädel o.B., Ionogramm im Normbereich.

Verlauf: sofort nach Klinikaufnahme kein Erbrechen mehr und regelmäßige, normal geformte Stühle. Entlassung nach dreiwöchigem stationärem Aufenthalt, Gewichtszunahme 47o g.

Therapie: keine medikamentöse Therapie, Ernährung mit 2/3 Frischmilch.

Fall 3

Kind Rolf B., geb. am 1o. 6. 1963:
Geburtsgewicht: 315o g, normale Klinikgeburt, erstes und einziges Kind einer 22-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 22-jährigen Vaters (Schlosser). Der Schwangerschaftsverlauf der Mutter war durch drohenden Abort im letzten Schwangerschaftsdrittel kompliziert. Am 16. Lebenstag wurde das Kind andernorts wegen Dyspepsie stationär behandelt.

Klinikaufnahme: mit 3 1/2 Monaten wegen angeblich seit Geburt anhaltenden Erbrechens, das sich in den letzten Wochen verschlimmert hatte und wegen starker Unruhe.

Ernährung: Von Geburt an Pelargon, zuletzt 4 Mahlzeiten zu 2oo g bis 22o g Pelargon und eine Gemüsemahlzeit.

Befund: 3 1/2 Monate alter Säugling, 7ooo g schwer (+ 5oo g nach Alter), 64 cm lang in gutem Allgemeinzustand. Außer einer kleinen Leistenhernie linksseitig kein pathologischer Befund.
Blutbild und Urinstatus o.B., WaR negativ, Stuhluntersuchung o.B., Rö-Thorax o.B.

Verlauf: Während der klinischen Beobachtung trat kurzfristig anfänglich leichtes Spucken auf; Erbrechen wurde nicht beobachtet; die Stühle waren regelmäßig und normal geformt.
Entlassung nach 11 Tagen, Gewichtszunahme 3oo g.

Therapie: keine medikamentöse Therapie, keine Nahrungsumstellung.

Fall 4

Kind Diter W., geb. am 25. 11. 1963:
Geburtsgewicht: 235o g, normale Klinikgeburt, 3. Kind (das 2. Kind war plötzlich im Alter von 8 Monaten tot im Bett aufgefunden worden) einer 29-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 36-jährigen Vaters (selbständig).

Klinikaufnahme: mit 3 Wochen wegen seit Geburt bestehenden häufigen Erbrechens.

Ernährung: Eine Woche gestillt, später Honigmilch zuletzt 1o Mahlzeiten zu 3o - 4o g.

Befund: 3 Wochen alter Säugling, 345o g schwer (- 42o g nach Alter), 52 cm lang, in gutem Allgemeinzustand. Kein pathologischer Befund.
Blutbild und Urinstatus o.B., WaR negativ, Ionogramm im Normbereich, Stuhluntersuchung o.B., Rö-Thorax und Schädel o.B.

Verlauf: sofort nach Klinikaufnahme kein Erbrechen mehr, Entlassung nach 14 Tagen, Gewichtszunahme 2oo g.

Therapie: anfänglich wegen starker Unruhe zeitweise Luminaletten, sonst keine medikamentöse Therapie, Ernährung mit Pelargon.

Fall 5

Kind Helmut S., geb. am 14. 7. 1963:
Geburtsgewicht: 365o g, Vakuumextraktion, erstes und

einziges Kind einer 18-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 25-jährigen Vaters (Dachdecker).

Klinikaufnahme: wegen häufigen Erbrechens von Geburt an einige Zeit nach den Mahlzeiten.

Ernährung: 1o Tage gestillt, dann 2/3 Frischmilch mit 3 % Schleimzugabe zuletzt 6 Mahlzeiten zu 8o bis 1oo g.

Befund: 3 Wochen alter Säugling, 38oo g schwer (- 12o g nach Alter), 54 cm lang, in gutem Allgemeinzustand, keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B., WaR negativ, Ionogramm im Normbereich, Rö-Thorax o.B.

Verlauf: sofort nach Klinikaufnahme kein Erbrechen mehr, Entlassung nach 11 Tagen, Gewichtszunahme 15o g.

Therapie: keine medikamentöse Therapie, Ernährung mit Pelargon.

Fall 6

Kind Frank P., geb. am 31. 8. 1963:
Geburtsgewicht: 416o g, normale Klinikgeburt, erstes Kind einer 2o-jährigen Mutter (Verkäuferin) und eines 22-jährigen Vaters (Gipser).

Klinikaufnahme: mit 8 Wochen wegen Trinkunlust, Verstopfung und seit 14 Tagen anhaltenden Erbrechens.

Ernährung: 11 Tage gestillt, dann mit Alete I ernährt, zuletzt 5 Mahlzeiten zu 15o g und Karottensaft.

Befund: 8 Wochen alter Säugling, 59oo g schwer (+ 13oo g nach Alter), 62 cm lang, in sehr gutem Allgemeinzustand, kein pathologischer Befund.
Blutbild und Urinstatus o.B., WaR negativ, Toxoplasmose negativ, Stuhluntersuchung o.B., Liquoruntersuchung o.B., Elektroencephalogramm o.B., Rö-Thorax und Schädel o.B.

Verlauf: sofort nach Klinikaufnahme kein Erbrechen mehr, Entlassung nach 14 Tagen, Gewichtszunahme 3oo g.

Therapie: außer anfänglicher zeitweiser Gabe von Luminaletten keine medikamentöse Therapie, Ernährung mit Pelargon.

Fall 7

Kind Thomas L., geb. am 9. 11. 1963:
Geburtsgewicht: 32oo g, normale Klinikgeburt, zweites Kind einer 22-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 28-jährigen Vaters (Techniker).

Klinikaufnahme: mit 8 Wochen wegen seit 14 Tagen bestehenden häufigen Erbrechens.

Ernährung: seit Geburt mit Pelargon, zuletzt 5 Mahlzeiten zu 14o g.

Befund: 4 Wochen alter Säugling, 415o g schwer (+ 35o g nach Alter), 54 cm lang,in gutem Allgemeinzustand, keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B., WaR negativ, Stuhlunter-

suchung o.B., Rö-Thorax o.B.

Verlauf: sofort nach Klinikaufnahme kein Erbrechen mehr, Entlassung nach einer Woche, keine Gewichtszunahme.

Therapie: keine medikamentöse Therapie, Ernährung mit Pelargon.

Fall 8

Kind Hans Jürgen F., geb. am 2o. 3. 1965:
Geburtsgewicht: 3ooo g, normale Klinikgeburt, erstes und einziges Kind einer 19-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 25-jährigen Vaters (Soldat).

Klinikaufnahme: mit 4 Wochen wegen häufigen Erbrechens seit der 2. Lebenswoche. In den letzten Tagen hätte sich das Erbrechen verschlimmert.

Ernährung: seit Geburt mit Pelargon zuletzt 5 Mahlzeiten zu 12o g.

Befund: 4 Wochen alter Säugling, 35oo g schwer (- 43o g nach Alter), 52 cm lang, in gutem Allgemeinzustand, keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B. Stuhluntersuchung o.B., Rö-Thorax o.B.

Verlauf: sofort nach Klinikaufnahme kein Erbrechen mehr und gutes Gedeihen, Entlassung nach 8 Tagen, Gewichtszunahme loo g.

Therapie: keine medikamentöse Therapie, Ernährung mit Lactana B Milch.

Fall 9

Kind Markus M., geb. am 22. 1o. 1964:
Geburtsgewicht: 29oo g, normale Klinikgeburt, erstes und einziges Kind einer 21jährigen Mutter (Verkäuferin) und eines 23jährigen Vaters (Maschinenformer).

Klinikaufnahme: mit 7 Wochen wegen häufigen Erbrechens nach den Mahlzeiten seit 8 Tagen und wegen Verstopfung.

Ernährung: 4 1/2 Wochen gestillt, dann mit Humana I ernährt zuletzt 5 Mahlzeiten zu 1oo g.

Befund: 7 Wochen alter Säugling 42oo g schwer (- 2oo g nach Alter), 57 cm lang, in gutem Allgemeinzustand, keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B., WaR negativ, Stuhluntersuchung o.B., Rö-Thorax o.B.

Verlauf: sofort nach Klinikaufnahme kein Erbrechen mehr und regelmäßige normal geformte Stühle, Entlassung nach 14 Tagen, Gewichtszunahme 1oo g.

Therapie: anfänglich wegen Unruhe zeitweise Luminaletten, sonst keine medikamentöse Therapie; Ernährung mit Lactana B Milch.

2. 'Wahrscheinliche Fälle'

Bei der Sichtung des genannten Krankengutes wurden außer den Fällen der Gruppe I noch weitere 14 Fälle gefunden, die nur geringgradig in Verlauf und Symptomatik von den Vertretern der Hauptgruppe abwichen. Wir haben sie deshalb zu einer eigenen Nebengruppe II zusammengefaßt und möchten sie als Grenzfälle bezeichnen. Es sind dies Kinder, bei denen erstens nicht das Erbrechen, sondern andere Symptome im Vordergrund standen; oder zweitens die noch nach der Klinikaufnahme eine zeitlang weiter erbrachen, weshalb bei ihnen eine abortive Form des Pylorospasmus oder eine andere Erkrankung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte; oder drittens bei denen einzelne pathologische Befunde erhoben wurden, die aber aller Wahrscheinlichkeit nach nicht in ursächlichem Zusammenhang mit dem Erbrechen standen; oder viertens bei denen eine medikamentöse Therapie verabfolgt wurde, ohne daß eine sichtbare Ursache des Erbrechens festgestellt werden konnte. Die Falldarstellungen der Gruppe II erfolgten in gleicher Weise wie in Gruppe I.

Fall 1

Kind Peter H., geb. am 14. 12. 1961:
Geburtsgewicht: 3200 g, normale Klinikgeburt, zweites Kind einer 26-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 29-jährigen Vaters (Arbeiter).

Klinikaufnahme: mit 12 Tagen wegen häufigen Erbrechens, welches 3 Tage nach der Geburt eingesetzt und sich in letzter Zeit verschlimmert hätte und wegen starker Unruhe.

Ernährung: Die ersten drei Tage angeblich nichts getrunken, danach teilgestillt, zuletzt 2/3 Frischmilch mit Zusatz von 3 % Haferschleim 4 Mahlzeiten zu 100 g und eine Mahlzeit Muttermilch.

Befund: 12 Tage alter Säugling, 3420 g schwer und 54 cm lang, in gutem Allgemeinzustand, Hautturgor geringgradig vermindert, keine pathologischen Befunde. Blutbild und Urinstatus o.B., Ionogramm o.B., Toxoplasmose negativ, Stuhluntersuchung o.B., Liquoruntersuchung o.B., Rachenabstrich o.B., Rö-Thorax und Schädel o.B., Elektrocardiogramm o.B.

Verlauf: Das Erbrechen sistierte nach zwei Tagen, Interkurrent machte das Kind am 12. Behandlungstag einen fieberhaften Virusinfekt durch mit einer leichten Dyspepsie. Erbrochen hatte es dabei jedoch nicht mehr. Entlassung nach 35 Tagen, Gewichtszunahme 500 g.

Therapie: anfänglich kurze Zeit Priamide und Luminaletten, danach keine Medikamente mehr. Während des Infektes wurden Antibiotica und Infusionen verabreicht. Ernährung mit Pelargon.

Fall 2

Kind Sylvia K., geb. am 8. 11. 1962:
Geburtsgewicht: 375o g, normale Klinikgeburt, erstes und einziges uneheliches Kind einer 17jährigen Mutter (Hilfsarbeiterin) und eines 23jährigen Vaters (Hilfsarbeiter).

Klinikaufnahme: mit 11 Tagen wegen seit einer Woche anhaltenden Erbrechens und seit zwei Tagen angeblich aufgetretener dünner Stühle.

Ernährung: drei Tage mit 2/3 Frischmilch, dann mit 2/3 Kondenzmilch angedickt mit unbekannter Menge Haferschleim zuletzt 5 Mahlzeiten zu 6o bis 9o g.

Befund: 11 Tage alter, 33oo g schwerer (- 2oo g nach Alter) und 5o cm langer Säugling in gutem Allgemeinzustand, keine pathologischen Befunde.

Blutbild und Urinstatus o.B., Stuhluntersuchung o.B., Rö-Thorax o.B.

Verlauf: Während der ersten Woche des Klinikaufenthaltes erbrach das Kind noch einige Male, später jedoch nicht mehr. Die Stühle waren am ersten Tag etwas häufiger, danach wieder regelmäßig und normal geformt. Entlassung nach 15 Tagen, Gewichtszunahme 4oo g.

Therapie: in den ersten Tagen zeitweise Luminaletten, danach keine medikamentöse Therapie mehr. Ernährung mit Pelargon.

Fall 3

Kind Andreas K., geb. am 1. 2. 1964:
Geburtsgewicht: 375o g, komplikationslose Zangengeburt, zweites Kind einer 36-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 33-jährigen Vaters (Angestellter).

Klinikaufnahme: mit 4 Wochen wegen seit über einer Woche bestehenden häufigen Erbrechens, welches in der letzten Zeit vermehrt aufgetreten wäre.

Ernährung: mit 2/3 Frischmilch mit Zusatz von 3 % Reisschleim, zuletzt 5 Mahlzeiten zu 12o g.

Befund: 4 Wochen alter, 495o g schwerer (+ 35o g nach Alter) und 58 cm langer Säugling in gutem Allgemeinzustand. Keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B., Rö-Thorax und Magen-Darm-Passage o.B.

Verlauf: Das Kind erbrach bis zum 18. Tage des stationären Aufenthaltes noch öfters und zwar alle 3 - 4 Tage ein bis zweimal nach den Mahlzeiten. Danach erfolgte kein Erbrechen mehr. Entlassung nach 25 Tagen, Gewichtszunahme 25o g.

Therapie: Anfänglich wurden Priamide verabreicht, später keine medikamentöse Therapie mehr. Ernährung mit Pelargon.

Fall 4

Kind Peter W., geb. am 2o. 12. 1964:
Geburtsgewicht: 32oo g, normale Klinikgeburt, erstes und einziges Kind einer 2ojährigen Mutter (Hausfrau) und eines 28jährigen Vaters (Dreher).

Klinikaufnahme: mit 5 Wochen wegen seit Geburt bestehenden Erbrechens, das sich in den letzten Tagen verschlimmert hätte. Außerdem hätte das Kind noch Schnupfen und schlechte Stühle seit 8 Tagen.

Ernährung: keine genauen Angaben, da das Kind von der Großmutter versorgt wurde; angeblich mit Multival zuletzt 5 Mahlzeiten zu etwa 12o g.

Befund: 5 Wochen alter, 39oo g schwerer (+ 1oo g nach Alter) und 55 cm langer Säugling in gutem Allgemeinzustand. Keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B., Stuhluntersuchungen o.B., Rö-Thorax o.B.

Verlauf: Während des stationären Aufenthaltes wurde kein Erbrechen beobachtet. Die Stühle waren regelmäßig und normal geformt. Entlassung nach 17 Tagen, Gewichtszunahme 6oo g.

Therapie: anfänglich zeitweise Luminaletten, später keine medikamentöse Therapie. Ernährung mit Lactana B Milch.

Fall 5

Kind Dagmar K., geb. am 15. 6. 1963:
Geburtsgewicht: 325o g, normale Klinikgeburt, erstes und einziges Kind einer 24-jährigen Mutter (ehemalige Säuglingsschwester) und eines 29-jährigen Vaters (Vertreter).

Klinikaufnahme: mit 9 Tagen, da das Kind angeblich zu Hause wiederholt blau geworden sei und sich weggeschrieen hätte. Auch wären die Stühle dünn gewesen.

Ernährung: voll gestillt.

Befund: 9 Tage altes gesundes Neugeborenes, 28oo g schwer (- 4oo g nach Alter) und 49 cm lang. Keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B., Toxoplasmose negativ, Liquoruntersuchung o.B., Elektroencephalogramm, Elektrokardiogramm und Rö-Thorax o.B.

Verlauf: völlig unauffälliges Verhalten in der Klinik, Entlassung nach 14 Tagen, Gewichtszunahme 3oo g.

Therapie: keine medikamentöse Therapie, Ernährung mit Pelargon.

Fall 6

Kind John A., geb. am 23. 12. 1963:
Geburtsgewicht: 33oo g, normale Klinikgeburt, erstes und einziges uneheliches Kind einer 19-jährigen Mutter

(Hilfsarbeiterin) und eines 22jährigen Vaters (Soldat).

Klinikaufnahme: mit 6 Wochen wegen angeblicher Krampfanfälle und zeitweisen Erbrechens.

Ernährung: Zwei Wochen voll gestillt, danach Honigmilch mit Obst und Karottensäften zuletzt 5 Mahlzeiten zu 15o g.

Befund: 6 Wochen alter 43oo g schwerer (- 3oo g nach Alter) und 59 cm langer Säugling in gutem Allgemeinzustand, keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B. Toxoplasmose negativ, Liquoruntersuchung o.B., Elektroencephalogramm normal, Rö-Thorax und Schädel o.B., Magen-Darm-Passage o.B.

Verlauf: Während des stationären Aufenthaltes erbrach das Kind noch zeitweise über 19 Tage, zeigte jedoch keine Krampfanfälle. Entlassung nach 4 Wochen, Gewichtszunahme 2oo g.

Therapie: während des gesamten stationären Aufenthaltes Priamide. Ernährung mit Lactana B Milch.

Fall 7

Kind Alice H., geb. am 22. 8. 196o:
Geburtsgewicht: 32oo g normale Klinikgeburt, 6. Kind einer 4ojährigen Mutter (Hausfrau) und eines 56jährigen Vaters (Hilfsarbeiter).

Klinikaufnahme: mit 3,5 Monaten wegen angeblich seit

Geburt bestehenden häufigen Erbrechens. Eine Woche vor der jetzigen stationären Aufnahme war das Kind schon einmal in der Klinik wegen Erbrechens. Damals hatte das Kind nur am ersten Tage der stationären Behandlung erbrochen, jedoch am 3. Tage nach der Entlassung zu Hause wieder zu erbrechen begonnen.

Ernährung: wie in der Klinik mit 2/3 Frischmilch und mit Obstsäften zuletzt 4 Mahlzeiten zu 15o g.

Befund: 3,5 Monate alter, 46oo g schwerer (-7oo g nach Alter) und 56 cm langer Säugling in gutem Allgemeinzustand. Keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B. Ionogramm o.B., Rö-Thorax und Magen-Darm-Passage o.B., Elektrokardiogramm o.B.

Verlauf: während der stationären Behandlung hatte das Kind nur am ersten Tage erbrochen, danach nicht mehr. Trotz eines interkurrent aufgetretenen leichten Infektes der oberen Luftwege zeigte das Kind gutes Gedeihen. Entlassung nach 16 Tagen, Gewichtszunahme 18o g.

Therapie: anfänglich keine medikamentöse Therapie, später vorübergehend Infektbehandlung. Ernährung mit Lactana B Milch.

Fall 8

Kind Hans Peter B., geb. am 11. 7. 1963:
Geburtsgewicht: 3125 g, normale Klinikgeburt, drittes Kind einer 25-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines

25-jährigen Vaters (Hilfsarbeiter).

Klinikaufnahme: mit 6 Wochen wegen kurz nach der Geburt aufgetretenen häufigen Erbrechens und wegen besonders starker Unruhe in letzter Zeit. Auch hätte das Kind dünne Stühle entleert.

Ernährung: ab drittem Lebenstag mit Pelargon, genaue Menge konnte nicht angegeben werden.

Befund: 6 Wochen alter, 4ooo g schwerer (- 6oo g nach Alter) und 54 cm langer Säugling in gutem Allgemeinzustand. Hautturgor leicht vermindert, keine weiteren pathologischen Befunde.

Blutbild und Urinstatus o.B., Ionogramm o.B., Rö-Thorax o.B., Elektrokardiogramm und Elektroencephalogramm o.B.

Verlauf: während des stationären Aufenthaltes nur einmal zu Beginn kurz erbrochen, daraufhin gutes Gedeihen. Entlassung nach 24 Tagen, Gewichtszunahme 2oo g.

Therapie: am ersten Tag Infusionstherapie, sodann Nahrungsaufbau, Ernährung mit Pelargon.

Fall 9

Kind Walter L., geb. am 12. 5. 1962:
Geburtsgewicht: 4ooo g, normale Klinikgeburt, drittes Kind einer 35-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 38-jährigen Vaters (Landwirt). Das zweite Kind war wegen hypertrophischer Pylorusstenose operiert worden.

Klinikaufnahme: mit 2o Tagen wegen seit einer Woche zunehmenden Erbrechens, Obstipation und Unruhe.

Ernährung: 14 Tage voll gestillt, dann Honigmilch zuletzt zwei Mahlzeiten zu 11o g und zwei Brustmahlzeiten.

Befund: 2o Tage alter, 345o g schwerer und 52 cm langer Säugling in gutem Allgemeinzustand, keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B. Elektrophorese o.B. Stuhluntersuchung o.B., Rö-Thorax und Schädel o.B.

Verlauf: während des stationären Aufenthaltes nicht erbrochen; interkurrent trat jedoch am 1o. Tag des Klinikaufenthaltes ein leichter Infekt der oberen Luftwege auf und mußte behandelt werden; Entlassung nach 2o Tagen, Gewichtszunahme 45o g.

Therapie: anfänglich zeitweise Luminaletten, später keine medikamentöse Behandlung mehr außer kurzfristiger Infektbehandlung mit Antibiotica; Ernährung mit Lactana B Milch.

Fall 1o

Kind Uwe W., geb. am 14. 1o. 196o:
Geburtsgewicht: 31oo g, normale Klinikgeburt, erstes und einziges Kind (zuvor eine Fehlgeburt Mens III) einer 28-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 28-jährigen Vaters (Dreher).

Klinikaufnahme: mit 5 Wochen wegen Erbrechens seit 14

Tagen, das in der letzten Zeit immer mehr zugenommen hätte und wegen Obstipation.

Ernährung: 8 Tage vollgestillt, dann drei Mahlzeiten Muttermilch und Honigmilch. Vor einer Woche Umstellung auf Alete-Ernährung wegen Erbrechens zuletzt 4 Mahlzeiten Alete Ernährung und eine Mahlzeit Muttermilch, keine Mengenangaben.

Befund: 5 Wochen alter, 34oo g schwerer (- 7oo g nach Alter) und 52 cm langer Säugling in gutem Allgemeinzustand. Keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B. Ionogramm o.B. Rö-Thorax o.B.

Verlauf: in der Klinik nie erbrochen, lediglich die ersten Tage einige weiche Stühle entleert. Nach einer Woche trat interkurrent eine leichte Dyspepsie auf und mußte behandelt werden. Entlassung nach 3,5 Wochen, Gewichtszunahme 9oo g.

Therapie: anfänglich zeitweise Luminaletten, später antibiotische Dyspepsiebehandlung. Ernährung mit Pelargon.

Fall 11

Kind Harald D., geb. am 2. 1. 196o:
Geburtsgewicht: 25oo g, normale Klinikgeburt, erstes Kind einer 24-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 19-jährigen Vaters (Arbeiter).

Klinikaufnahme: mit 15 Tagen, weil das Kind seit einigen Tagen kurzatmig gewesen wäre, gerasselt und erbrochen hätte.

Ernährung: fünf Tage vollgestillt, dann Zwiemilchernährung (3 x gestillt und 2 Mahlzeiten Alete Frühnahrung zu loo g).

Befund: 15 Tage alter, 27oo g schwerer (- 28o g nach Alter) und 48 cm langer Säugling in gutem Allgemeinzustand. Keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B. Stuhluntersuchungen o.B. Rö-Thorax o.B.

Verlauf: in der Klinik war das Kind völlig unauffällig. Entlassung nach 8 Tagen, Gewichtszunahme loo g.

Therapie: keine medikamentöse Therapie, Ernährung mit Aletefrühnahrung.

Fall 12

Kind Anette B., geb. am 3. 6. 1963:
Geburtsgewicht: 375o g, normale Klinikgeburt, zweites Kind einer 32-jährigen Mutter (Hausfrau) und eines 37-jährigen Vaters (Steuerberater).

Klinikeinweisung: mit 6 Wochen wegen Verdauungsbeschwerden, Obstipation und Erbrechen.

Ernährung: drei Wochen gestillt, danach Honigmilch; wegen angeblich geringer Trinkmenge wurden noch Eledon und Haferflocken zugefüttert, zuletzt 5 Mahlzeiten, keine Mengenangaben.

untersuchung o.B., Rö-Thorax o.B.

Verlauf: während des stationären Aufenthaltes anfänglich häufig gespuckt jedoch nicht erbrochen, Entlassung nach 16 Tagen, Gewichtszunahme 3oo g.

Therapie: anfänglich Priamide und Luminaletten, Ernährung mit Lactana B Milch.

Fall 14

Kind Helmut R., geb. am 23. 12. 196o:
Geburtsgewicht: 27oo g, normale Klinikgeburt, erstes und einziges uneheliches Kind einer 2ojährigen Mutter (Hilfsarbeiterin).

Klinikaufnahme: mit 14 Tagen wegen Trinkunlust und Verstopfung.

Ernährung: Fütterung nur wenn sich das Kind gemeldet hätte mit Pelargon mit Zusatz von Semolinschleim, zuletzt etwa 8o bis loo g pro Mahlzeit; Zahl der Mahlzeiten unbekannt.

Befund: 14 Tage alter, 25oo g schwerer (- 2oo g nach Alter) und 51 cm langer Säugling in gutem Allgemeinzustand. Hautturgor geringgradig reduziert, keine pathologischen Befunde.
Blutbild und Urinstatus o.B., Stuhluntersuchung o.B., Rö-Thorax o.B.

Verlauf: während des Klinikaufenthaltes völlig unauf-

fälliges Verhalten, regelmäßige und normal geformte Stühle, gutes Gedeihen. Entlassung nach 3 Wochen, Gewichtszunahme 3oo g.

Therapie: keine medikamentöse Therapie, Ernährung mit Lactana B Milch.

3. Kontrollgruppe: hypertrophische Pylorusstenosen

Wie bereits eingangs erwähnt wurde haben wir noch eine dritte Patientengruppe aus dem Gesamtkrankengut der Klinik herausgesucht. Es handelt sich hierbei im Gegensatz zu den vorausgegangenen Fällen um Patienten mit nachgewiesenen organischen Krankheitsbefunden und zwar um 26 Säuglinge mit hypertrophischen Pylorusstenosen. Diese Gruppe soll Vergleichszwecken dienen und bei der anschließenden statistischen Auswertung aller gesammelten Fälle den Gruppen I und II gegenübergestellt werden. Auch bei der Vergleichsgruppe ist das Erbrechen ein Hauptsymptom.

Da es sich bei allen Fällen dieser III. Gruppe um nach Anamnese, Befunden und Verlauf typische Pylorusstenosen handelt und auf diese bei der Diskussion unseres Krankheitsbildes nur am Rande eingegangen wird, haben wir von ausführlichen Falldarstellungen abgesehen und uns auf einen kurzen tabellarischen Überblick beschränkt.

Fall 1: Günter J., geb. 3. 6. 1962, erstes Kind, 5 Wochen alt, Erbrechen seit 4 Tagen; Exsiccose, peristaltische Welle, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 2: Hans B., geb. 15. 3. 1963, erstes Kind, 5 Wochen alt, Erbrechen seit 8 Tagen; Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 3: Alex L., geb. 11. 11. 1961, drittes Kind, 3 Wochen alt, Erbrechen seit 3 Tagen; leichte Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; konservative Behandlung über 3 Wochen.

Fall 4: Eric G., geb. 25. 11. 196o, erstes Kind, 1o Wochen alt, Erbrechen seit 9 Wochen; starke Exsiccose, peristaltische Welle, pathologisches Ionogramm, Rö- Pylorusstenose; Operation.

Fall 5: Walter D., geb. 4. 2. 1963, erstes Kind, 1o Wochen alt, Erbrechen seit 8 Wochen; ausgeprägte Exsiccose, peristaltische Welle, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 6: Jürgen H., geb. 3o. 1. 1963, erstes Kind, 6 Wochen alt, Erbrechen seit 3 Wochen; leichte Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; konservative Behandlung über 7 Wochen.

Fall 7: Christian H., geb. 4. 2. 1961, erstes Kind, 4 Wochen alt, Erbrechen seit 8 Tagen; leichte Exsiccose, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 8 :Corinna B., geb. 26. 7. 1961, erstes Kind, 6 Wochen alt, Erbrechen seit 4 Wochen; leichte

Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö- Pylorusstenose; konservative Behandlung über 4 Wochen.

Fall 9: Ralf G., geb. 9. 11. 1962, erstes Kind, 8 Wochen alt, Erbrechen seit 7 Wochen; leichte Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 1o: Stefan H., geb. 4. 11. 1962, erstes Kind, 8 Wochen alt, Erbrechen seit 6 Wochen; Exsiccose, peristaltische Welle, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 11: Mathias M., geb. 28. 11. 1962, erstes Kind, 6 Wochen alt, Erbrechen seit 4 Wochen; leichte Exsiccose, peristaltische Welle, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 12: Jürgen M., geb. 13. 2. 1964, zweites Kind, 18 Tage alt, Erbrechen seit Geburt; Exsiccose, peristaltische Welle; konservative Behandlung über 18 Tage.

Fall 13: Klaus S., geb. 29. 5. 1962, zweites Kind, 4 Wochen alt, Erbrechen seit 8 Tagen; Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 14: Thomas N., geb. 4. 9. 1961, zweites Kind, 3 Wochen alt, Erbrechen seit 8 Tagen; starke Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 15: Richard R., Krankenblatt 241/6o, erstes Kind, 3 Wochen alt, Erbrechen seit Geburt; leichte Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 16: Jürgen R., Krankenblatt 613/6o, fünftes Kind, 8 Wochen alt, Erbrechen seit 3 Wochen; starke Exsiccose, Rö-Verdacht auf Pylorusstenose; konservative Behandlung über 5 Wochen.

Fall 17: Ralf M., Krankenblatt 566/6o, zweites Kind, 4 Wochen alt, Erbrechen seit 8 Tagen; leichte Exsiccose, Rö-Pylorusstenose. Operation.

Fall 18: Heinz G., geb. 26. 2. 196o, fünftes Kind, 4 Wochen alt, Erbrechen seit 3 Wochen; Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 19: Heinz H., geb. 9. 3. 196o, zweites Kind, 3 Wochen alt, Erbrechen seit Geburt; starke Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 2o: Wolfgang K., geb. 12. 6. 1962, erstes Kind, 7 Wochen alt, Erbrechen seit 3 Wochen; starke Exsiccose, pathologisches Ionogramm; Operation.

Fall 21: Jutta M., geb. 22. 1. 1963, viertes Kind, 8 Wochen alt, Erbrechen seit 1o Tagen; Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 22: Axel D., geb. 12. 6. 1962, zweites Kind, 4 Wochen alt, Erbrechen seit 8 Tagen; Exsiccose, peristaltische Welle, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 23: Christiane S., geb. 17. 6. 1961, zweites Kind, 3 Wochen alt, Erbrechen seit 4 Tagen; Exsiccose, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 24: Sigrid R., geb. 21. 4. 1963, zweites Kind, 6 Wochen alt, Erbrechen seit 3 Wochen; starke

Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 25: Frank S., geb. 11. 2. 1962, zweites Kind, 3 Wochen alt, Erbrechen seit 5 Tagen; Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Pylorusstenose; Operation.

Fall 26: Fatima B., geb. 16. 1o. 1962, drittes Kind, 4 Wochen alt, Erbrechen seit 14 Tagen; leichte Exsiccose, pathologisches Ionogramm, Rö-Verdacht auf Pylorusstenose; konservative Behandlung über 3 Wochen.

4. Hausbesuche

Um die während des Klinikaufenthaltes bei unseren Kindern angestellten Beobachtungen noch zu ergänzen und um deren Familienverhältnisse kennenzulernen, führten wir bei den Eltern unserer Kinder Hausbesuche durch. Diese Besuche erfolgten alle mindestens zwei Jahre nach der Klinikentlassung. Sie wurden vollständig bei allen Kindern der Gruppe I durchgeführt, wobei nur in einem Fall (Fall 8) die Eltern nicht angetroffen wurden. Wir sind uns jedoch darüber im Klaren, daß bei der kurzen Dauer der einzelnen Besuche und der dabei geführten Gespräche nur ein Überblick über die jeweiligen Familienverhältnisse gewonnen werden konnte. Im Folgenden bringen wir in etwas schematisierter Form die einzelnen Hausbesuche in der Reihenfolge der vorausgegangenen Fallbeschreibungen der Gruppe I.

Hausbesuch

Fall 1: Daniela K.

Besuchsdauer 25 min (der Besuch war durch Nachbarn angekündigt).

Wohnverhältnisse: einfach eingerichtete saubere 3 Zimmermietwohnung in guter Wohnlage.

Mutter: macht keinen intelligenten Eindruck; sie war vor der Heirat, die wegen des erwarteten Kindes stattfand, Fabrikarbeiterin. Nach einem Ehejahr hatte sie die Arbeit in der Fabrik wegen finanzieller Schwierigkeiten wieder aufgenommen.

Vater: Kaufmännischer Angestellter, ist anwesend, macht einen aufgeschlossenen und ausgeglichenen Eindruck. Er spielt die ganze Zeit sehr echt mit dem Kind.

Kind: Einzelkind, scheint geistig und körperlich altersentsprechend entwickelt zu sein, spielt mit dem Vater und reagiert in keiner Weise auf Anrufe der Mutter. Nach Angaben der Eltern hätte das Kind nach der Klinikentlassung zu Hause häufig wieder begonnen zu erbrechen und wäre ein schlechter Esser geblieben. Seitdem sich jedoch die im Hause mitwohnende Großmutter viel mit dem Kinde beschäftige, hätte es besser gegessen und nicht mehr erbrochen. Beide Eltern scheinen das Kind nunmehr gern zu haben, obgleich es, wie die Eltern zugaben, anfänglich nicht erwünscht gewesen wäre.

Hausbesuch

Fall 2: Roman L.

Besuchsdauer 4o min.

Wohnverhältnisse: noch unverändert wie vor 3 Jahren, 8 Personen, das heißt die Eltern und 6 Kinder wohnen in 2 Zimmern. Insgesamt sind für alle nur 3 Betten vorhanden. Elektrischer Strom und Gas sind bereits seit einiger Zeit infolge Zahlungsrückstände abgestellt worden. Eine Heizgelegenheit ist außer dem Küchenherd nicht vorhanden. Die Wohnung ist jedoch sauber gehalten.

Mutter: macht einen verhärmten und ungepflegten Eindruck, sie ist ärmlich gekleidet. Einen Beruf hatte sie nicht erlernt.

Vater: zur Zeit des Besuches nicht anwesend, kam aus Mitteldeutschland und hatte dort eine Familie mit 3 Kindern zurückgelassen. Er ist jetzt zum zweiten Mal verheiratet und besitzt 6 Kinder. Er ist Hilfsarbeiter, wechselt häufig seinen Arbeitsplatz und arbeitet nur alle 4 bis 6 Monate. Außerdem sei er, nach Angaben der Ehefrau, Trinker und vertrinke einen großen Teil seines Lohnes. Die Ehefrau müsse oft mit ihm in die Gastwirtschaft gehen, um ihn vom Trinken abzuhalten.

Angehörige: eine Großmutter mütterlicherseits wohnt in der Nähe, kümmere sich aber nicht viel um die Familie.

Kind: liegt mit einem Geschwisterchen auf dem Sofa und schläft. Beide Kinder sind nicht zugedeckt, obgleich es in der Wohnung nicht warm ist.

Es macht, soweit beurteilbar, einen geistig und körperlich altersentsprechend entwickelten Eindruck. Nach der Entlassung aus der Klinik hätte es zu Hause noch längere Zeit weiter erbrochen.
Das Kind war anfänglich unerwünscht, jetzt scheint die Mutter es aber gern zu haben; der Vater würde sich in keiner Weise um es kümmern.

Hausbesuch
Fall 3: Rolf B.
Besuchsdauer: 6o min.
Wohnverhältnisse: Das Kind wohnt jetzt bei den Großeltern väterlicherseits, einer einfachen Arbeiterfamilie, in einer kleinen sauberen Etagenwohnung in einem äußerlich verwahrlosten Haus in schlechter Wohngegend.
Mutter: nicht anwesend; nach Angaben der Großmutter sei sie Polin und Fabrikarbeiterin und sehr schlampig und unsauber. Um ihr Kind hätte sie sich kaum gekümmert und wäre jetzt bereits zum dritten Mal ihrem Manne weggelaufen. Ihr derzeitiger Aufenthaltsort sei nicht bekannt.
Vater: gut verdienender Schlosser käme ab und zu das Kind besuchen, hätte jedoch keinen Kontakt mit ihm.
Kind: Einzelkind, macht einen körperlich und geistig leicht retardierten Eindruck, ist ängstlich und sehr schüchtern. Es hätte nach der Ent-

lassung aus der Klinik noch längere Zeit häufig erbrochen, jedoch seitdem es bei den Großeltern wohne nicht mehr. Bis vor kurzer Zeit hätte es manchmal seine Eltern besucht und wäre immer sehr verstört und eingeschüchtert wiedergekommen. Jetzt soll es in ein Heim gegeben werden, da die Großeltern infolge ihres hohen Alters (beide über 6o Jahre) mit dem Kind nicht mehr zurechtkämen.
Zwischen Eltern und Kind hatte, soweit zu beurteilen war, nie ein gutes Verhältnis bestanden. Die Heirat fand wegen des erwarteten Kindes statt.

Hausbesuch

Fall 4: Dieter W.

Besuchsdauer 3o min.

Wohnverhältnisse: gepflegtes Eigenheim in schöner Umgebung.

Mutter: macht keinen intelligenten Eindruck und wirkt sehr nervös. Während des Besuches redete sie sehr hastig und unbeherrscht, so daß ihren Worten kaum zu folgen war. Nach ihren Erzählungen hatte sie vor 1 1/2 Jahren ihr zweites Kind verloren (es wäre plötzlich tot im Bettchen aufgefunden worden) und dabei einen "Nervenschock" erlitten. Davon hätte sie sich bis heute noch nicht erholt und stände seither in ärztlicher Behandlung. Auch die Ankunft des dritten Kindes

Dieter hätte ihr keine Beruhigung gebracht. Einen Beruf hatte sie nicht erlernt.
Vater: nicht anwesend, wäre tagsüber im eigenen Betrieb und käme immer erst abends nach Hause. Er wäre ein ruhiger verträglicher Mensch und hätte das Kind sehr gern.
Verwandte: Die Großeltern mütterlicherseits leben mit im Hause und kümmern sich um die Kinder. Die Schwiegermutter hätte sich vor einem Jahr im Hause erhängt. Sie soll depressiv veranlagt gewesen sein.
Kind: macht einen altersentsprechend entwickelten Eindruck und ist sehr verwöhnt. Nach dem Tode seines Brüderchens war es dringend erwünscht und steht nunmehr im Mittelpunkt der Familie. Während des Besuches wird es laufend von der Mutter umarmt und geküsst. Nach der Entlassung aus der Klinik hätte es zu Hause über längere Zeit wieder erbrochen. Es wäre nach Meinung der Mutter ein sehr schlechter Esser, obgleich es einen gutgenährten Eindruck macht.
Die Einstellung beider Eltern zum Kind scheint ängstlich überbesorgt zu sein.

Hausbesuch
Fall 5: Helmut S.
Besuchsdauer: 3o min.
Wohnverhältnisse: aus der alten schäbigen Wohnung in schlechter Wohnlage wurde umgezogen. Die neue einfache

saubere spärlich eingerichtete Etagenwohnung befindet sich in einem freundlichen Viertel.
Mutter: noch sehr jung, macht keinen intelligenten Eindruck. Sie arbeitete bis zur Heirat, die wegen des erwarteten Kindes im 7. Schwangerschaftsmonat stattfand, in einer Zigarettenfabrik. Danach hatte sie nicht mehr gearbeitet; finanzielle Sorgen beständen nicht.
Vater: nicht anwesend, würde sich sehr viel um das Kind kümmern wenn er nach Hause komme.
Verwandte: in der alten Wohnung hätten die Großeltern väterlicher- und mütterlicherseits und einige Verwandte mit im Haus gewohnt und sich sehr viel um das Kind gekümmert, besonders damals als es häufig erbrochen hatte. Jetzt, in der neuen Wohnung, kämen sie nur noch selten.
Kind: Einzelkind, macht einen altersmäßig normal entwickelten Eindruck. Nach der Entlassung hätte es zu Hause wieder erbrochen und schlecht gegessen. Die Mutter hätte das Kind, wie sie zugab, auch einige Male schlagen müssen (mit 6 Monaten). In der neuen Umgebung ohne Verwandtschaft und Großeltern hätte es nicht mehr erbrochen und gut gegessen. Das Kind war anfänglich nicht erwünscht, nunmehr scheinen es jedoch beide Eltern gern zu haben.

Hausbesuch
Fall 6: Frank P.
Besuchsdauer: 2o min.
Wohnverhältnisse: sehr gepflegte Wohnung im eigenen Haus mit Garten.

Mutter: macht keinen intelligenten Eindruck, war früher Verkäuferin und hatte nach der Geburt des Kindes noch einige Zeit weitergearbeitet, um den Hausbau mitzufinanzieren. Inzwischen hat sie noch ein Kind bekommen.
Vater: nicht anwesend, keine Angaben.
Verwandte: die Großeltern mütterlicherseits wohnen mit im Haus. Der Großvater hat Silikotuberkulose und bereitet der Familie große Sorgen.
Kind: macht einen altersentsprechend entwickelten Eindruck. Nach der Entlassung aus der Klinik wäre es sehr unruhig gewesen, hätte schlecht gegessen und noch häufig erbrochen. Die Heirat fand im 7. Schwangerschaftsmonat wegen des erwarteten Kindes statt. Anfänglich konnten sich die Eltern nicht sehr viel um das Kind kümmern, scheinen jetzt aber eher überbesorgt zu sein.

Hausbesuch
Fall 7: Thomas L.
Besuchsdauer: 1o min.
Wohnverhältnisse: schöne Etagenwohnung in ruhiger Umgebung.
Mutter: gepflegtes Äußeres, macht einen intelligenten und aufgeweckten Eindruck. Sie war vor der Heirat Säuglingsschwester und erwartet nun ihr 3. Kind.
Vater: nicht anwesend, gut verdienender Radarspezialist.
Kind: macht einen körperlich und geistig normal entwickelten Eindruck. Nach der Entlassung aus der Klinik hätte es nicht mehr zu Hause erbrochen. Die Eltern waren um das erwünschte Kind immer sehr besorgt. Die Mutter erklärt

sich das damalige Erbrechen des Kindes mit der lauten und nervösen Umgebung. Es wurde nämlich zu dieser Zeit direkt neben dem Kinderzimmer der Nachbarraum umgebaut und abei eine Wand eingerissen. Die Arbeiten hätten längere Zeit gedauert und die Mutter wäre in dieser Zeit sehr beschäftigt und nervös gewesen.

Hausbesuch
Fall 8: Markus M.
Besuchsdauer: 2o min.
Wohnverhältnisse: geräumige saubere Etagenwohnung in einem zweistöckigen Einzelhaus.
Mutter: macht zielstrebigen intelligenten Eindruck und führte bis vor einiger Zeit selbständig ein Lebensmittelgeschäft.
Vater: wurde zu Hause angetroffen. Er macht einen einfachen unkomplizierten Eindruck und spielt die ganze Zeit sehr echt mit seinem Kinde. An der Unterhaltung beteiligt er sich kaum.
Verwandte: eine Großmutter wohnt mit in der Wohnung und ist sehr besorgt um das Kind.
Kind: Einzelkind, körperlich und geistig altersentsprechend entwickelt. Es hätte nach der Entlassung aus der Klinik noch solange weiter erbrochen, bis die Mutter das Geschäft aufgegeben hätte und keine finanziellen Schwierigkeiten mehr bestanden.
Das Kind war, wie beide Eltern zusicherten, sehr erwünscht und wird nun von ihnen sowie von der Großmutter sehr verwöhnt.

III. AUSWERTUNG DES MATERIALS

In der nun folgenden statistischen Auswertung unserer Fälle wird, falls nicht besonders vermerkt, die Anzahl aller Patienten einer Gruppe gleich Hundert gesetzt und jeweils die entsprechenden Untergruppen dazu in Prozent ausgedrückt. Die Prozentzahlen sind in Klammern angegeben. Zu Vergleichszwecken wurden in einzelnen Tabellen die Träger der jeweils untersuchten Eigenschaften auch bei einer Normalbevölkerung (N) erfaßt und in Prozenten zur Gesamtzahl angegeben. Als Normalbevölkerung wurden dabei alle lebend geborenen Kinder des Saarlandes aus dem Jahre 1963 genommen und deren Gesamtzahl von 21537 gleich loo % gesetzt. Das Jahr 1963 wurde deshalb ausgewählt, weil aus diesem Zeitabschnitt auch die meisten unserer untersuchten Fälle stammen. Das Zahlenmaterial entnahmen wir den statistischen Berichten des Statistischen Amtes des Saarlandes. In Tabelle 7 über "Die Dauer des Stillens" wurde ein Normalkollektiv von 144 Kindern aus der Dissertation von A. BATSCH verwendet.

1. Die Verteilung nach dem Geschlecht

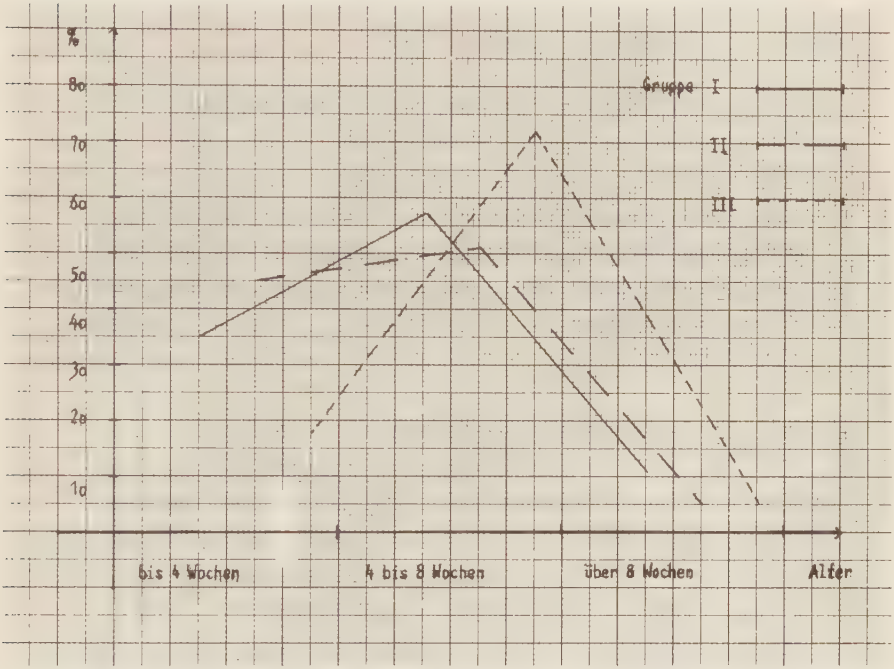
Tabelle 1: Die Geschlechtsverteilung in den einzelnen Gruppen

Geschlecht	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	N
weiblich	1 (11 %)	4 (29 %)	5 (19 %)	1o473 (49 %)
männlich	8 (89 %)	1o (71 %)	21 (81 %)	11o64 (51 %)

Wie Tabelle 1 zeigt, überwiegen in den Gruppen I und II die männlichen Patienten sehr stark. Hier ist eine Gemeinsamkeit mit den Pylorusstenosen festzustellen, bei welchen WALLGREN, WOOD E.C. und SMELLIE J.M. u.a. anhand eines großen Untersuchungsmaterials ein Vorherrschen des männlichen Geschlechtes aufgezeigt haben. So waren zum Beispiel von 32o von WOOD und SMELLIE untersuchten Patienten mit Pylorusstenosen 79 % männlichen Geschlechtes. Diese Geschlechtsverteilung kommt auch in unserer Gruppe III zum Ausdruck.

2. Das Erkrankungsalter

Tabelle 2: Das Alter der Kinder bei der stationären Aufnahme



Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, überwiegen im Erkrankungsalter sehr junge Säuglinge. So sind Kinder im ersten, noch häufiger im zweiten Lebensmonat vorwiegend betroffen. Wir haben uns bei der Auswahl unserer Fälle keineswegs auf eine Altersgruppe beschränkt, sondern Säuglinge aller Altersstufen in unsere Untersuchungen miteinbezogen.

3. Geburtenfolge

Tabelle 3: Der Anteil von Erstgeborenen beziehungsweise Einzelkindern in unseren Gruppen

Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	N
5 (66 %)	7 (5o %)	15 (58 %)	7718 (36 %)

Wie Tabelle 3 zeigt, überwiegen in den Gruppen I und II ebenso wie bei den Pylorusstenosen die Erstgeborenen und zumeist auch einzigen Kinder, ganz im Gegensatz zur Normalbevölkerung.

4. Eheliche und uneheliche Kinder

Tabelle 4: Die rechtliche Stellung der Kinder in der Familie

	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	N
eheliche	9 (1oo %)	12 (86 %)	26 (1oo %)	2o7o8 (96 %)
unehelich	-	2 (14 %)	-	829 (4 %)

In allen drei Gruppen überwiegen ebenso wie bei der Normalbevölkerung weitaus die ehelichen Kinder. Bei der kleinen Zahl ist eine Abweichung in Gruppe II von der Normalbevölkerung nicht diskutierbar.

5. Das Alter der Mütter

Tabelle 5: Übersicht über das Alter der Mütter unserer Kinder

Gruppe	bis 22 J.	bis 25 J.	über 25 J.
I	5 (56 %)	2 (22 %)	2 (22 %)
II	5 (36 %)	3 (21 %)	6 (43 %)
III	2 (8 %)	1o (38 %)	14 (54 %)

In der Altersverteilung der Mütter unserer Kinder fällt das relative Vorherrschen sehr junger Mütter in Gruppe I und das Überwiegen älterer Mütter in Gruppe III auf.

6. Die Berufstätigkeit der Mütter

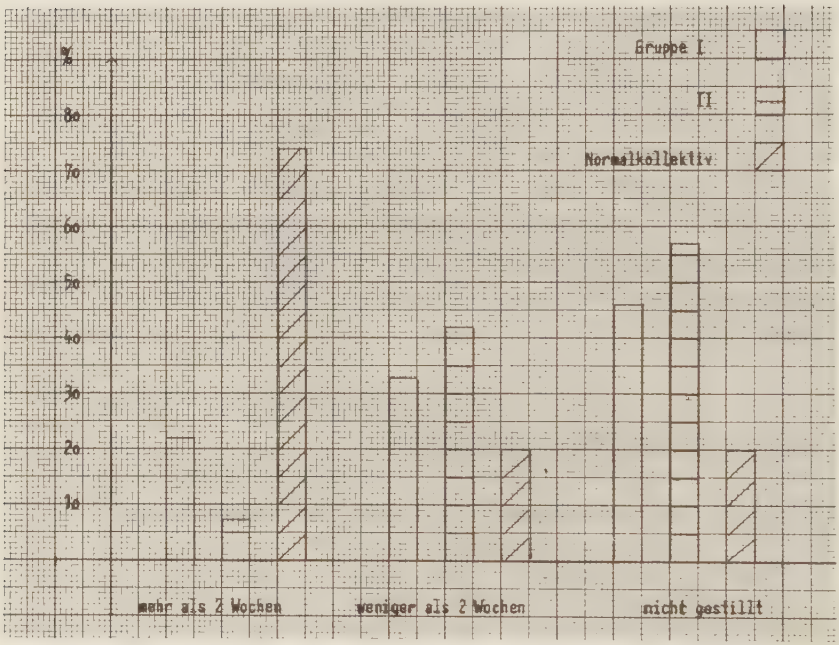
Tabelle 6: Aufstellung über die Berufstätigkeit der Mütter unserer Kinder

Berufstätig	2 (22 %)	4 (29 %)	3 (12 %)
Nicht berufstätig	7 (78 %)	1o (71 %)	23 (88 %)

Aus der vorliegenden Tabelle 6 geht hervor, daß der größte Teil der Mütter unserer Kinder nicht berufstätig ist. Über den Anteil der berufstätigen Mütter in dem von uns zum Vergleich genommenen Normalkollektiv lagen im statistischen Amt des Saarlandes keine Angaben vor, so daß ein Vergleich in diesem Falle nicht durchgeführt werden kann.

7. Die Dauer des Stillens

Tabelle 7: Aufstellung darüber, ob und wie lange die Kinder in unseren Gruppen gestillt wurden



Die Kinder unserer Untersuchungsgruppen wurden, wie Tabelle 7 zeigt, in der Mehrzahl der Fälle nicht gestillt. Dies wird noch deutlicher, wenn die Kinder der Untergruppe "weniger als zwei Wochen gestillt" ebenfalls als nicht gestillt betrachtet werden, da sich bei ihnen das Stillen nur auf einige mißglückte Versuche beschränkt haben mußte und zu früh wieder abgebrochen wurde. Das

diesmal zum Vergleich den Gruppen gegenübergestellte Normalkollektiv wurde der Dissertation von A. BATSCH entnommen. Es handelt sich dabei um 144 Kinder, die wegen organischer Erkrankungen kurzdauernd in der Universitätskinderklinik Homburg/Saar behandelt worden waren.

8. Die Symptome vor der Klinikaufnahme

Tabelle 8: Aufstellung der Symptome, die zur Hospitalisierung der Kinder führten

Gruppe	I	II	III
Erbrechen	9 (1oo %)	1o (72 %)	26 (1oo %)
Durchfall	-	5 (36 %)	5 (19 %)
Verstopfung	3 (33 %)	4 (29 %)	2o (76 %)
Unruhe	1 (11 %)	5 (36 %)	5 (19 %)
Trinkunlust	4 (44 %)	4 (29 %)	2 (8 %)

Von den Symptomen, die zur Klinikeinweisung führten, steht das Erbrechen an erster Stelle. Bei der Beurteilung aller Symptome muß berücksichtigt werden, daß es sich zum größten Teil um Angaben der Mütter handelt, die oft nicht mehr nachgeprüft werden konnten, da die Symptomatik in der Klinik sofort sistierte. An dem Vorliegen einer gravierenden Symptomatik kann allerdings nicht gezweifelt werden, da ja alle Kinder durch die behandelnden Haus- oder Kinderärzte eingewiesen wurden.

9. Aufnahmebefunde

Tabelle 9: Aufstellung der Befunde, die bei der Aufnahmeuntersuchung der Kinder in der Klinik erhoben wurden

Gruppe	I	II	III
Untergewicht	4 (44 %)	9 (65 %)	19 (73 %)
Exsiccose	-	3 (21 %)	22 (84 %)
Peristalt. Welle	-	-	9 (35 %)
Übergewicht	3 (33 %)	4 (29 %)	-

Der Vergleich,der bei der klinischen Untersuchung erhobenen pathologischen Befunde zeigt die Sonderstellung der Gruppe III. Während in den Gruppen I und II nur geringfügige pathologische Befunde erhoben wurden, bietet die Gruppe III massive und gleichartige Veränderungen. Dies zeigt, daß die organisch manifestierte Symptomatologie in unseren Gruppen wesentlich weniger vorgeherrscht hat als in der Gruppe der Pylorusstenosen.

1o. Die Therapie

Tabelle 1o: Aufstellung der durchgeführten Therapie während des stationären Aufenthaltes

Gruppe	I	II	III
medikamentöse Therapie	-	8 (58 %)	6 (23 %)
Operation	-	-	2o (76 %)
keine medikamentöse Therapie	9 (1oo %)	6 (43 %)	-

Auch in Tabelle 1o nimmt die Gruppe I eine Sonderstellung ein. Während in der Gruppe III in allen Fällen und der Gruppe II in mehr als der Hälfte der Fälle medikamentöse Therapie erfolgte, war in der Gruppe I diese in keinem Falle nötig. Es muß allerdings betont werden, daß die Aufteilung der Gruppen I und II gerade deswegen erfolgte, um an sich typische, in Gruppe I gehörige Fälle abzutrennen, unter anderem auch, weil bei ihnen therapeutische Maßnahmen erfolgt waren.

11. Der klinische Verlauf

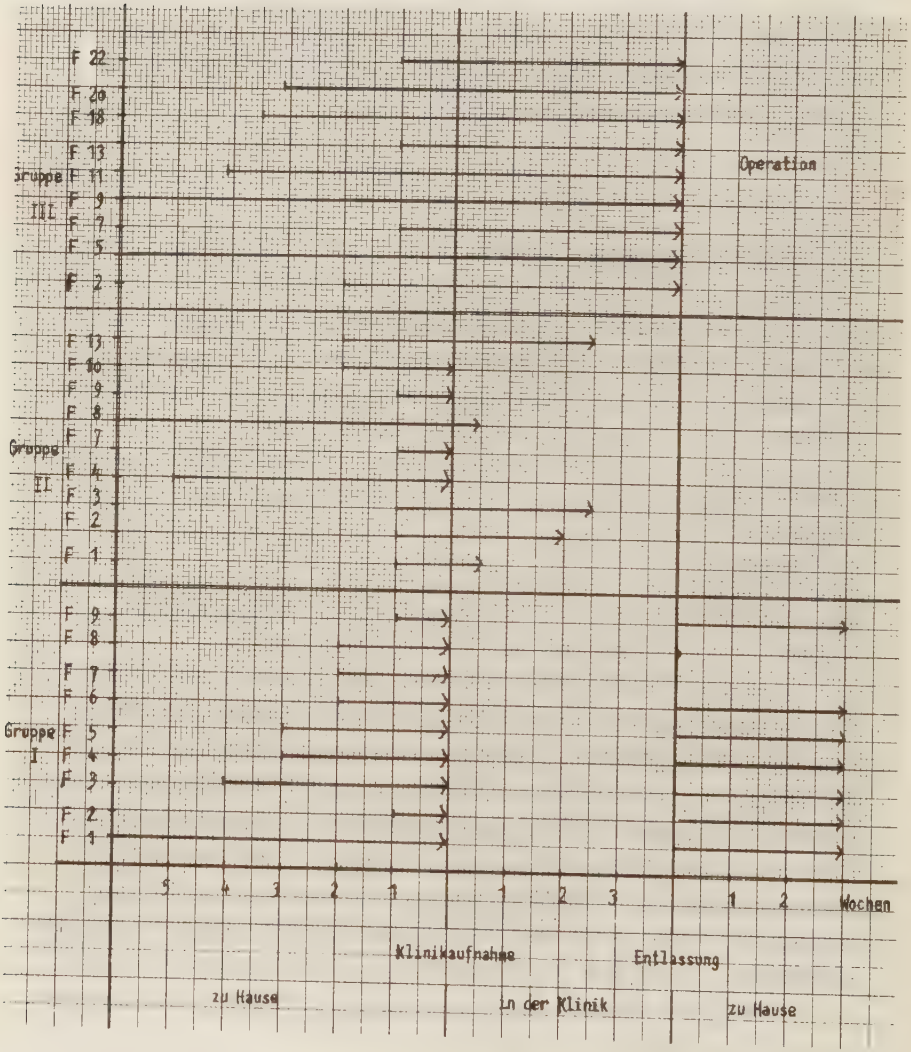
Tabelle 11: Aufstellung der Symptome, die während des klinischen Verlaufes beobachtet wurden

Gruppe			
Erbrechen	-	6 (43 %)	26 (1oo %)
Durchfall	-	-	-
Verstopfung bzw. Pseudo-obstipation	-	1 (7 %)	22 (84 %)
keine	9 (1oo %)	7 (5o %)	-

Der klinische Verlauf war bei der Auswahl unserer Fälle von ausschlaggebender Bedeutung gewesen. Hierbei waren in Gruppe I diejenigen Patienten eingeordnet worden, deren zu Hause aufgetretenen Krankheitssymptome sofort nach der Hospitalisierung verschwanden. Zur besseren Demonstration des soeben Gesagten haben wir in der nun folgenden Tabelle 12 das Hauptsymptom "Erbrechen" nochmals gesondert graphisch dargestellt, da, wie bereits berichtet, auch noch andere Kriterien zur Aufteilung der Gruppen I und II angewandt worden waren.

11. a Verläufe des Symptoms Erbrechen

Tabelle 11 a: Der klinische Verlauf anhand des Hauptsymptoms Erbrechen gesondert dargestellt



12. Äußere Faktoren

Tabelle 12: Äußere Faktoren, die auf die Entwicklung unserer Kinder Einfluß nahmen

A) Wohnverhältnisse bzw. Vermögenslage der Eltern:

gut	Fall 4, 6, 7, 9
mittelmäßig	Fall 1, 3,
schlecht	Fall 2, 5,

B) Geschicklichkeit bzw. Erfahrenheit der Mutter im Umgang mit Kindern:

gut	Fall 2, 7,
schlecht	Fall 1, 3, 5, 9
keine Aussage	Fall 4, 6

C) Beeinflussung des Kindes durch dritte Personen:

gut	Fall 1, 3, 9
schlecht	Fall 4, 5
keine	Fall 2, 6, 7

In Tabelle 12 wird versucht, einen Überblick über die häuslichen Verhältnisse unserer Kinder zu geben soweit diese bei den Hausbesuchen erfaßt werden konnten. Auf eine weitere Differenzierung der einzelnen Ergebnisse wurde der Übersicht halber bei unserer Darstellung verzichtet. Die dargestellten Punkte werden im folgenden noch behandelt.

13. Einstellung der Mütter

Tabelle 13: Einstellung der Mütter zu ihren Kindern

Ablehnung bzw. Gleichgültigkeit	Überbesorgtheit	zeitweise Vernachlässigung
Fall 1	Fall 4	Fall 7
Fall 2		Fall 9
Fall 3		
Fall 5		
Fall 6		

In der vorliegenden Aufstellung soll ähnlich wie in Tabelle 12 ein Überblick über einen weiteren das Mutter-Kind Verhältnis zur Zeit des Erbrechens der Kinder beeinflussenden Faktor gegeben werden soweit dies bei unseren Gesprächen während der Hausbesuche ermittelt werden konnte. Hier ist das für Tabelle 12 Gesagte in gleicher Weise gültig. Es zeigt sich aber doch eine sehr große Zahl von Müttern, bei denen schon durch die kurze Exploration eine Abwendung der Mutter von ihrem Kinde wahrscheinlich gemacht werden konnte.

IV. DISKUSSION

Aus unseren Fallbeschreibungen und der anschließenden tabellarischen Übersicht ist zu ersehen, daß sich Gruppe I aus Fällen zusammensetzt, die in Symptomatik und Verlauf viele Gemeinsamkeiten aufweisen. Wir haben diese Gruppe deshalb auch als Hauptgruppe bezeichnet und werden uns im folgenden ausschließlich mit ihr beschäftigen.

Es handelt sich bei den Kindern dieser Gruppe zumeist um männliche erstgeborene Säuglinge - oft auch um Einzelkinder - im Durchschnittsalter zwischen 4 bis 8 Wochen, die alle wegen anhaltenden Erbrechens in die Klinik eingewiesen wurden. Sie sind alle ehelich und zumeist nicht gestillt worden. Ihre Mütter sind in der Mehrzahl der Fälle noch sehr jung und größtenteils nicht berufstätig. Allen Kindern ist gemeinsam, daß sie bei den klinischen Untersuchungen keinerlei pathologische Befunde boten und daß sie sofort nach der Hospitalisierung zu erbrechen aufhörten, ohne daß eine medikamentöse Therapie verabfolgt worden wäre.

Bei der Betrachtung der beschriebenen Fälle lassen sich einige auffallende Ähnlichkeiten mit Säuglingen feststellen, die eine Pylorusstenose aufweisen. Auch diese sind sehr jung, überwiegend männlichen Geschlechts (WALLGREN, SMELLIE und WOOD u.a.) zumeist auch Erstgeborene und Einzelkinder (DANIS, SMELLIE und WOOD) wurden wegen Erbrechens hospitalisiert. Doch entscheidende Tatsachen sprechen bei unseren Fällen gegen das Bestehen einer Pylorusstenose. Bei keinem unserer Kinder konnten klinische

Befunde wie schwere Exsiccose, Oligurie, vermehrte Peristaltik oder Elektrolytverschiebungen erhoben werden, die mehr oder minder ausgeprägt auch bei leichten Formen von Pylorusstenose immer gefunden werden. Alle unsere Säuglinge hörten nach der Klinikaufnahme schlagartig auf zu erbrechen, ohne daß irgendwelche medikamentösen Maßnahmen erfolgt wären. Bei Säuglingen mit Pylorusstenose dagegen hält das Erbrechen mindestens ein bis zwei Wochen, meist noch längere Zeit an und sistiert nur sehr selten ohne medikamentöse beziehungsweise sogar operative Behandlung. Und - dies halten wir für besonders wichtig - ein Großteil unserer Kinder begann nach der Entlassung zu Hause wieder zu erbrechen. Auch das paßt nicht in den Verlauf einer Pylorusstenose. Es ist somit unwahrscheinlich, daß es sich bei den Fällen der Gruppe I um Pylorusstenosen handelt. Die Aetiologie der Pylorusstenose ist letztlich auch heute noch unbekannt. Als Entstehungsursache werden unter anderem nach SCHMID folgende aetiologischen Faktoren diskutiert:

1. Eine angeborene Fehlbildung des Magenpförtners.
2. Eine pathologisch erhöhte Reflexerregbarkeit der Magenmuskulatur bei neuropathischen Säuglingen, die zu Spasmen führt.
3. Ein zu schwaches Säurebindungsvermögen des Säuglingsmagens.
4. Ein Hyperadrenalismus während der Fetalzeit.
5. Zu starke Sauganstrengungen bei Brustkindern.
6. Auswirkungen mütterlicher Hormone.

Bei unseren Kindern liegt, wie bereits erörtert, keine Pylorusstenose vor. Somit kann bei ihnen nach kritischer

Betrachtung der aetiologischen Faktoren die zur Ausbildung einer Pylorusstenose führen sollen auch keiner dieser Faktoren eine befriedigende Erklärung des Erbrechens bringen. Es konnte während des stationären Aufenthaltes keine Ursache des Erbrechens gefunden werden. Da somit die klinische Beobachtung nicht weiter geführt hatte, war anzunehmen, daß die Ursache des Erbrechens im häuslichen Milieu zu suchen sei, wie auch schon FRIEDJUNG bei ähnlichen Fällen in früheren Jahren vermutete. Wir haben deshalb die Eltern unserer Kinder zu Hause besucht, ähnlich wie es POWERS bei der Untersuchung von Kindern mit Pylorusstenosen gemacht hatte. Es wurden dabei, wie auch aus den entsprechenden Tabellen zu ersehen ist, die verschiedensten sozialen und familiären Verhältnisse angetroffen, worauf später noch eingegangen werden soll. Neben der Beobachtung der Familienverhältnisse war es auch das Ziel dieser Besuche im Gespräch mit den Eltern etwas über die Einstellung der Mutter zu ihrem Kinde zum Zeitpunkt des Erbrechens zu erfahren. Uns war dabei klar, daß tiefere Einblicke in ein Mutter-Kind-Verhältnis nicht durch ein kurzes Gespräch, sondern nur mit psychoanalytischen Methoden, wie sie SPITZ und LAYBOURNE anwandten, gewonnen werden können. Solche Untersuchungsmethoden standen uns nicht zur Verfügung. Trotzdem gelang es uns, ohne daß wir den Anspruch auf Vollständigkeit erheben, bei unseren Fällen genügend Ergebnisse zu erhalten, um daraus Schlüsse auf die Entstehungsursachen des Erbrechens ziehen zu können. So waren, wie Tabelle 13 zeigt, in 5 von 8 Fällen die Kinder unerwünscht, und die Eltern nahmen anfänglich gegenüber dem Kinde eine gleichgültige oder ablehnende Haltung ein. Diese war erst später einer

überwiegend positiven Einstellung gewichen. In einem Fall konnte eine Überbesorgtheit der Mutter und Verwandten dem Kind gegenüber mit allen Nachteilen vermerkt werden. In einem Fall war das Kind infolge beruflicher Überbeanspruchung der Mutter und in einem weiteren Fall durch eine vorübergehende Störung der vorher ruhigen häuslichen Atmosphäre zeitweise vernachlässigt worden. Alle genannten Faktoren wie Ablehnung, Gleichgültigkeit, Überbesorgtheit oder zeitweise Vernachlässigung können nach SPITZ bei unseren Fällen zu einer Störung des Mutter-Kind-Verhältnisses geführt haben und somit kindliche Reaktionen, wie Erbrechen, ausgelöst haben. Hinzu kommt noch die Beobachtung, daß alle Kinder mit einer Ausnahme nach der Entlassung aus der Klinik im häuslichen Milieu wieder zu erbrechen begannen. Wir möchten diese Beobachtung als Untermauerung des bisher Gesagten auffassen. Die erneute Konfrontation mit der häuslichen Konfliktsituation provozierte das Wiederauftreten der Abwehrreaktion: Das Erbrechen. Bei der Sichtung der einschlägigen Literatur wird immer wieder auf die Gefahr eines gestörten Mutter-Kind-Verhältnisses und deren Folgen hingewiesen. Grundsätzliche Überlegungen hierzu sind schon bei S. FREUD zu erkennen. Nach S. FREUD (1885) ist die Mutter im ersten Lebensjahr Inhalt und Mittelpunkt der Welt des Säuglings. 19o5 sprach FREUD in den 3 Abhandlungen zur Sexualtheorie von der Objektbeziehung zwischen Mutter und Kind und charakterisierte damit ganz allgemein die Hilflosigkeit und Unfähigkeit des Säuglings, der Objekt der mütterlichen Fürsorge ist. Diese Gedanken wurden von SPITZ, BOLWBY und DÖHRSSEN aufgegriffen und weiterentwickelt. Nach SPITZ besteht im ersten Lebensjahr zwischen

Mutter und Kind eine Symbiose; beide leben in einem geschlossenen System. Allmählich erst wird die übrige Umwelt in die Vorstellung des Kindes miteinbezogen, "aber auch dann noch bleibt die Mutter für lange Zeit die Mittlerin dieser aus der Umwelt stammenden Einflüsse und Kräfte". DÜHRSEN formuliert es folgendermaßen: "Säuglinge benötigen für ihre Betreuung, abgesehen von der hygienisch einwandfreien Versorgung den zugewandten Gefühlskontakt ihrer Pflegeperson. Sie brauchen diesen Gefühlskontakt als persönliche Zärtlichkeit wie als belebende Anteilnahme an dem ersten Interesse, das das Kind seiner gegenständlichen Umwelt entgegenbringt. Für den gut gepflegten und gut entwickelten Säugling hat die umgebende Welt das, was die Normalpsyche mit LEWIN als Aufforderungscharakter bezeichnet. Fehlt dieser Aufforderungscharakter, so wird das Kind gemütlos."

Im Jahre 1953 veröffentlichte LAYBOURNE unter dem Titel "Psychogenes Erbrechen im Kindesalter" eine Arbeit, worin er gewissermaßen die praktische Konsequenz aus dem soeben Gesagten zog. Nach seiner Ansicht können aufgrund der emphatischen Kommunikation (emphatic relationship), einer wertlosen Verbindung zwischen Mutter und Kind, seelische Lagen der Mutter durchaus auf den Säugling übertragen werden und bei diesem entsprechende Reaktionen auslösen. Zieht man in Betracht, wie ein Säugling auf z.B. emotionelle Spannungen, die durch seelische Konflikte bei der Mutter entstanden sind überhaupt reagieren kann, so sind nach LAYBOURNE mit anhaltendem lauten Schreien, sich Aufbäumen, Nahrungsverweigerung, Erbrechen und oberflächlichem Schlaf

bereits die Möglichkeiten erschöpft.

Erbrechen, das derart zustandekommt, nennt LAYBOURNE psychogenes Erbrechen. Bei genauer Betrachtung dieser Definition wird uns bewußt, daß die Ursache dieses Erbrechens nicht in der kindlichen, sondern letztlich in der mütterlichen Psyche zu suchen ist.

Genauso wie psychogenes Erbrechen in dem genannten Sinne müßte es demnach auch eine psychogene Nahrungsverweigerung oder ein psychogenes Schreien bereits im Säuglingsalter geben. Diese Ansicht vertritt auch LAYBOURNE; daß derartige Fälle noch nicht diagnostiziert worden sind liegt daran, daß Erbrechen als das auffälligste und am meisten Besorgnis erregende Symptom gelten kann. Daher werden diese Fälle - im Gegensatz zu den anderen - eher ärztlicher Behandlung zugeführt. Überhaupt ist LAYBOURNE der Ansicht, daß man sich in der Vergangenheit bei Erkrankungen von Säuglingen mit den oben angeführten Symptomen viel zu wenig um die Psyche der Mutter und um ihre möglichen Störfaktoren gekümmert hat und stattdessen - zwangsläufig ohne befriedigendes Ergebnis - organische Ursachen für die Beschwerden des Säuglings verantwortlich gemacht hat.

Das bisher Gesagte soll durch einige Beispiele, die der Arbeit LAYBOURNEs entnommen sind, näher erläutert werden: Ein 6wochen alter Säugling wurde wegen Erbrechens und Untergewicht in die Klinik eingewiesen. Das

Das Kind hatte sein Geburtsgewicht unterschritten. Bei Untersuchung der näheren Verhältnisse stellte sich heraus, daß der Vater der fünfköpfigen Familie ein Trinker war; die Mutter versuchte für die Familie den Unterhalt zu verdienen. Jedesmal wenn der Vater trank, wobei er dann tagelang nicht zu Hause war, wurde die Mutter extrem traurig und niedergeschlagen. Der Säugling reagierte in diesen Situationen stets mit Erbrechen, das nach Klinikaufnahme spontan verschwand. 14 Tage nach Entlassung aus der Klinik stellte sich anläßlich eines neuen Alkoholexzesses des Vaters wieder Erbrechen bei dem Kind ein. In einem anderen Fall handelte es sich um ein 15 Monate altes Kind, das seit 8 Wochen erbrach. Während dieser Zeit hatten dauernd Zwist und heftige Streitigkeiten zwischen den Eltern bestanden. Auch in diesem Fall hörte das Erbrechen kurz nach der Hospitalisierung des Kindes auf. LAYBOURNE wies außerdem darauf hin, daß die Hospitalisierung von Säuglingen mit Erbrechen zugleich eine differentialdiagnostische Maßnahme ist: ist das Erbrechen psychogen bedingt, so hört es nach Klinikaufnahme auf, hat es andere, z.B. organische Ursachen, so bleibt es weiter bestehen.

Neben LAYBOURNE aus den USA berichten DÜHRSEN und DIESING aus Deutschland über einzelne Fälle von psychogenem Erbrechen bei Kindern. Im übrigen Schrifttum sind im gleichen Zusammenhang nur wenige und mehr allgemeingehaltene Hinweise über psychische Mechanismen bei Kindern zu finden, so bei ENGLISH and PEARSON und ISRAEL. Fallbeschreibungen weiterer Autoren sind uns nicht bekannt.

Wir möchten aber, wie eingangs schon erwähnt, darauf hinweisen, daß neben diesen seelischen Momenten auch äußere Faktoren von großem Einfluß sind und sich auf das Mutter-Kind-Verhältnis auswirken können. Unter äußeren Faktoren verstehen wir erstens die soziale Stellung der Eltern wie z.B. Wohnverhältnisse und Vermögenslage, zweitens die Geschicklichkeit bzw. Erfahrenheit der Mutter im Umgang mit Kindern und drittens die personelle Zusammensetzung der Familie, womit in der Familie mitlebende Großeltern oder nähere Verwandte gemeint sind, die ebenfalls Einfluß auf die Entwicklung des Kindes nehmen. Bereits 1921 wies FRIEDJUNG auf solche äußeren bzw. milieubedingten Faktoren hin, die sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken können. In seiner Arbeit "Milieubedingte Erkrankungen im Kindesalter" prägte er für auf solche Art entstandene Erkrankungen den Begriff Miliosen. Wir nehmen an, daß es von FRIEDJUNGs Miliosen zu LAYBOURNES "psychogenen Erkrankungen" fließende Übergänge gibt. Dies kommt auch in unseren Hausbesuchen zum Ausdruck, bei denen es nicht genau festzustellen ist, ob nun das Erbrechen durch milieubedingte oder auch durch psychogene Faktoren verursacht worden ist. So zeigt die Aufstellung über die bei unseren Hausbesuchen angetroffenen Familienverhältnisse (Tabelle 12) deutlich, daß auch bei fast allen unseren Fällen neben den bereits diskutierten seelischen Störmechanismen (Tabelle 13) äußere Faktoren eine große bzw. oft entscheidende Rolle spielen. Es ist also anzunehmen, daß beide aetiologischen Momente nebeneinander gleichberechtigt sind und sich nicht selten gegenseitig beeinflussen. Wir haben dies auch im mehr all-

gemein gehaltenen Titel unserer Arbeit: "Umweltbedingtes Erbrechen" zum Ausdruck zu bringen versucht.

Es war das Ziel der vorliegenden Arbeit anhand mehrerer Fallbeobachtungen und entsprechender Vergleiche auf ein Krankheitsbild aufmerksam zu machen, das abgesehen von den bisher erfolgten Beschreibungen einiger Einzelfälle, die noch dazu größtenteils im ausländischen Schrifttum zu finden sind, bisher noch wenig Beachtung gefunden hat. Weiterhin soll diese Arbeit dazu ermuntern, auch in anderen Kliniken nach ähnlichen Fällen zu suchen, um danach überblickend anhand eines größeren Krankenmaterials zu einer genaueren Definition und Abgrenzung des Krankheitsbildes des "umweltbedingten Erbrechens" zu gelangen.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Es wird eine besondere Art von Erkrankung beschrieben, bei der aus dem Milieu herkommende Umwelteinflüsse eine ganz entscheidende aetiologische Rolle spielen. Dazu werden aus dem Krankengut der Universitätsklinik Homburg/Saar des Jahres 1963 unter zusätzlicher Berücksichtigung der Jahre 1962 bis 1965 23 Säuglinge vorgestellt, die als Krankheitsträger angesehen werden können. 9 dieser Säuglinge werden als "reine Fälle zu einer Hauptgruppe und die restlichen 14 "wahrscheinlichen" Fälle zu einer Nebengruppe zusammengefaßt. Beide Gruppen werden einer dritten Gruppe mit 26 aus dem gleichen Krankengut ausgesuchter Fälle von hypertrophischer Pylorusstenose vergleichsweise gegenübergestellt. Bei allen Fällen der Hauptgruppe werden Hausbesuche durchgeführt. Es handelt sich bei den Kindern dieser Gruppe zumeist um männliche erstgeborene Säuglinge - oft auch um Einzelkinder - im Durchschnittsalter zwischen 4 bis 8 Wochen, die alle wegen anhaltenden Erbrechens in die Klinik eingewiesen wurden. Sie sind alle ehelich und zumeist nicht gestillt worden. Ihre Mütter sind in der Mehrzahl der Fälle noch sehr jung und größtenteils nicht berufstätig. Allen Kindern ist gemeinsam, daß sie bei den klinischen Untersuchungen keinerlei pathologische Befunde boten und daß sie sofort nach der Hospitalisierung zu erbrechen aufhörten, ohne daß eine medikamentöse Therapie verabfolgt worden wäre. Anhand der Symptomatik wird erläutert, daß es sich bei den aufgeführten Fällen nicht um Pylorusstenosen handelt, sondern um ein eigenes Krankheitsbild. Aetiologisch werden der Erkrankung nach Auswertung der Hausbesuche sowohl ein gestörtes Mutter-Kind-Verhältnis als auch ein Milieuschaden zugrunde gelegt.

VI. SCHRIFTTUM

ASPERGER, H. : Pylorusspasmus und Konstitution. Mschr. Kinderheilk. 3, 1o7, 128 (1959)

BATSCH, A. : Über den Einfluß des Stillens auf die spätere seelische Gesundheit des Kindes. Diss. Univ. Saarbrücken 1968

BOLWBY, S. : Maternal care and mental health, Genf 1951

CZERNY, A. : Zur Pylorusstenose. Berl. klin. Wschr. 1o54 (19o6)

DANIS, A. : La fréquence de la sténose hypertrophique du pylore n'augmente pas avec le nombre de grossesses. Acta pediat. belg. 11, 248 (1957)

DIESING, U. : Psychogenes Erbrechen. Vortrag auf dem wissenschaftlichen Vortragsabend der Mediz. Fakultät der Univ. d. Saarlandes in Homburg/Saar gehalten am 24. Juli 1964

DÜHRSSEN, A. : Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, S. 2o4, Göttingen 1954

ENGLISH, O.S. u. G.H.S. PEARSON : Emotional Problems of Living, New York W.W. Norton 8 Comp. Mc. 1945

FREUD, S. : Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie 5. Aufl. Leipzig und Wien 1922

FRIEDJUNG, J. : Erkrankungen infolge eines schädlichen Milieus. Wien. klin. Wschr. 7o (1921)

FRIEDJUNG, J. : Milieuerkrankungen des Kindesalters.
Wien. med. Wschr. 75 (1925)

FRIESEN, R.St., O.J. BOYLEY u. D.R. MILLER : The myenteric plexus of the pylorus: its early normal development and its changes in hypertrophic pyloric stenosis.
Surgerey 39, 21 (1956)

HEUBNER, O. : Ther. d. Gegenwart 433 (19o6)

ISRAEL, J. : Darstellung eines Falles von Anorexie bei einem 1o Monate alten Kinde.
Kinderpsychiatr. 13 (1946)

LAYBOURNE, P.C. jr. : Psychogenic Vomiting in Children.
A.M.A. Amer. J. Dis. Child 86, 726

MIROSNIKOVA, K.S.: Zur Frage der Pylorusstenose und des Pylorusspasmus.
Pediatrija 29 H 5, 13 (1956)

POWERS, D. : A Review of Hypertrophic Pyloric Stenosis of Infancy with Emphasis on the Possible Emotional Factors in the Etiology.
N.C. Med. J. 14, 9, 426 (1953)

SCHMID, F. : Handbuch der Kinderheilk. Bd. IV, S. 9o4, 1965
hersg. v.H. Opitz u.F. Schmid, Springer Verlag Berlin-Heidelberg, New York

SCHOTTEN, E. : Volkmanns Vortrag 19o4 Nr. 368
Die angeborene Pylorusstenose des Säuglings.

SPITZ, R.A. : Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart, Klettverlag 1957

Zum Schluß möchte ich Herrn Privatdozenten Dr. med. P. SACHTLEBEN für die Überlassung des Themas und für seine freundliche Unterstützung und Anleitung bei der Abfassung der Arbeit meinen besonderen Dank aussprechen.

LEBENSLAUF

Am 16. 6. 1938 wurde ich, Ingeborg Wilhelmi, geb. Redecker als Tochter des Verlagsleiters Helmuth Redecker und seiner Ehefrau Hildegard, geb. Dänner in Stettin/Pommern geboren. Meine Einschulung erfolgte 1944 in Stolp/Pommern. Nach unserer Vertreibung kamen wir 1945 nach Frammersbach, Kreis Lohr am Main. Dort besuchte ich die Volksschule. 1949 trat ich in das Realgymnasium in Lohr am Main ein. 1952 zogen meine Eltern nach Offenbach/Main um, wo ich 1958 an dem dortigen Albert-Schweitzer-Gymnasium mein Abitur bestand.

Mein Medizinstudium begann ich in Frankfurt am Main, wo ich 1959 das Vorphysikum und 1961 das Physikum bestand. Die klinischen Semester absolvierte ich an den Universitäten Marburg, Graz und Homburg/Saar. 1965 bestand ich an der Universität des Saarlandes in Homburg/Saar mein Medizinisches Staatsexamen. Meine Medizinalassistentenzeit verbrachte ich an der Universitätskinderklinik Homburg/Saar, im Krankenhaus Landstuhl/Pfalz und im Kreiskrankenhaus Ottweiler/Saar. Meine Facharztausbildung begann ich 1967 an der Landeskinderklinik Neunkirchen-Kohlhof, wo ich zur Zeit noch tätig bin.

Offsetdruck: E. Lokay, 6101 Reinheim/Odw., Ruf 06162/832